

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

136

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger DESBORDES

Né le 23 Juin 1898 à Montlouis (Indre-et-Loire)

L'INFLAMMATION AIGÜE

DU

DIVERTICULE DE MECKEL

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

130

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N° 136

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger DESBORDES

Né le 23 Juin 1898 à Montlouis (Indre-et-Loire)

L'INFLAMMATION AIGÜE

DU

DIVERTICULE DE MECKEL

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1923

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
Hygiène et clinique de la première enfance	CHAUFFARD
Clinique des maladies des enfants	MARFAN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME
Clinique des maladies contagieuses.	P. MARIE
	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU
Clinique de propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	REITERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSEY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEU-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien des hôpitaux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

En évoquant ici la mémoire de nos Grands-Parents, nous tenons à rappeler tout particulièrement le souvenir de notre Grand-Père, dont la tendre sollicitude fut pour nous si précieuse.

A notre Grand'Mère, nous renouvelons l'assurance de notre vive affection ; à nos Parents nous adressons le témoignage de notre piété filiale et de toute notre reconnaissance.

Qu'il nous soit permis également de remercier nos premiers maîtres de l'Ecole de médecine de Tours, qui guidèrent avec tant de bienveillance le début de nos études médicales. Nous n'oublierons jamais l'obligeance dont firent preuve à notre égard, le docteur Meunier, professeur de clinique médicale ; le docteur Guillaume-Louis, professeur d'anatomie, chirurgien de l'Hôpital général ; le docteur Mallet, chef de clinique médicale.

Nous adressons aussi nos chaleureux remerciements à nos maîtres de la Faculté et dans les hôpitaux de Paris. Que M. le professeur Pierre Duval, chirurgien des hôpitaux, qui nous fit l'honneur de présider cette thèse, que le doc-

teur Paul Mathieu, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, qui nous fit toujours le plus aimable accueil, et voulut bien s'intéresser à notre travail, trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous prions le docteur Gènevriër, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, qui nous reçut avec tant de bienveillance, d'accepter l'hommage de notre gratitude.

INTRODUCTION

En prenant la diverticulite comme thème de cet ouvrage, nous n'avons pas eu la prétention de traiter la question sous un jour nouveau. Nous avons simplement voulu refaire une rapide étude d'ensemble du sujet, en insistant, tout particulièrement sur les deux points, qui, à notre avis, ont la plus grande importance pour le clinicien : les formes cliniques et surtout le traitement.

Ainsi, nous avons essayé de décrire, aussi nettement que possible, les formes différentes et parfois décevantes sous lesquelles évolue la diverticulite ; et, de plus, nous inspirant des données modernes, nous nous sommes efforcé de poser, d'une façon précise, pour chaque cas particulier, ce qu'il y a de capital : les indications thérapeutiques qu'il impose.

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'avantage d'observer plusieurs cas de diverticulite, et nous avons pu parmi eux, prendre deux observations complètes. De plus, notre ancien maître, le docteur Guillaume-Louis, a bien voulu avoir l'obligeance de nous communiquer l'observation d'un cas récemment opéré.

D'ailleurs, au cours de ces dernières années, les observa-

tions de diverticulite se sont multipliées. Bien que ce ne soit point une affection si parfaitement connue que sa proche parente : l'appendicite, de nombreux travaux, venus au fur et à mesure des progrès de la chirurgie de l'abdomen, lui ont donné la place à laquelle elle avait droit dans la pathologie chirurgicale.

Nous avons également tenté de montrer, dans cette courte étude, que la diverticulite était loin d'être une véritable rareté pathologique, et que, partant, il fallait avoir présent à l'esprit l'existence du diverticule de Meckel, dans le diagnostic des affections abdominales.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

On connaissait depuis déjà fort longtemps les affections du diverticule de Meckel, mais ce n'est que depuis le milieu du siècle dernier que des précisions furent apportées, et que la question, ainsi mieux connue, fut étudiée dans son ensemble.

Déjà en 1700, Littré avait décrit la hernie diverticulaire, déjà signalée par Ruysch, sans en donner d'ailleurs une interprétation parfaite. En 1809, Meckel fait connaître l'anatomie du diverticule, mais ne parle nullement de sa pathologie. En 1824 Rayer semble entrevoir la diverticulite. « Toutes les membranes de cet appendice étaient gangrenées en un point », écrit-il ; cependant il ne relie pas à ces faits la cause de la péritonite concomittante. Cazin, dans sa thèse en 1862, entreprend une étude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin. Il en admet l'inflammation sans toutefois en donner d'exemple. Quelque temps après, Denucé décrit une perforation du diverticule par un noyau de cerise, et en 1872, Galton fait con-

naitre une péritonite d'origine diverticulaire. Chauffard, en 1879, cite un cas d'ulcération du diverticule d'origine typhique, et Fitz en 1884, dans une communication sur les anomalies du canal vitellin, signale deux observations de lésions tuberculeuses du diverticule. Peu après Kramer fait connaître deux cas de diverticulite, et Splengler un autre exemple de péritonite, par perforation du diverticule.

En 1897, Picqué et Guillemot apportent encore plus de clarté sur la question, en décrivant bien nettement au Congrès de chirurgie « les suppurations du diverticule de Meckel simulant l'appendicite ». Ils proposent, en outre, le terme de diverticulite. L'année suivante, Blanc, après avoir fait en collaboration avec Macaigne des recherches anatomo-pathologiques au cours des inflammations du diverticule, fait dans sa thèse une étude d'ensemble des affections du diverticule de Meckel.

Depuis, les recherches se sont multipliées et ont fructueusement enrichi le sujet. L'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, certains points du diagnostic et du traitement, ont fait de grands progrès dans l'étude de l'affection. Il faut citer les travaux d'Antonelli (1903), d'Hilgenreiner, et surtout de Maclaure, de Léon Cahier (1906), de Forgue et Vincent Riche, de Salva Mercadé (1907), de Viannay (1908), de Lejars (1911), de Kirmisson (1916), les thèses de Fayollet, de Bienvenue, de Walser.

CHAPITRE II

LE DIVERTICULE DE MECKEL

Avant d'entrer dans l'étude même des diverticulites, il nous a paru nécessaire de faire un rapide résumé des recherches modernes concernant l'anatomie du diverticule de Meckel.

On sait parfaitement ce que représente le diverticule au point de vue embryologique : son origine vitelline est certaine.

En effet, chez l'embryon, le canal vitellin ou canal omphalo-mésentérique, suivi par les vaisseaux omphalo-mésentériques qui se rendent à la vésicule ombilicale, vient s'implanter sur une anse intestinale : l'anse vitelline. Cette dernière fait d'abord saillie dans le cordon ombilical ; mais, au troisième mois de la vie embryonnaire, la constitution des parois ventrales et de l'ombilic, amène le retrait de l'anse vitelline, dans la cavité abdominale. Ce fait entraîne l'allongement, puis la rupture du canal vitellin, qui se résorbe dans la suite.

Le diverticule de Meckel est le résultat des anomalies qui

se produisent au cours de l'involution du canal omphalo-mésentérique.

Il peut exister, d'ailleurs, tout le long du tube digestif, de faux diverticules décrits par Walther à la Société de chirurgie. Mais leur épaisseur est minime, de plus ils ne possèdent pas de fibres musculaires et proviennent simplement de ce fait, que la paroi a été attirée par des adhérences.

Ainsi, comment définirons-nous le vrai diverticule de Meckel ? Forgue et Vincent Riche, après examen de 650 types anatomiques divers, en donnent la définition suivante :

« Appendice de l'intestin grêle, naissant le plus souvent de la partie inférieure de l'iléon, à moins d'un mètre du cœcum. Unique, il s'implante habituellement, mais non toujours, sur la convexité de l'intestin grêle, le plus souvent à angle droit. De dimensions variables, il revêt trois formes :

1° diverticule fixé à l'ombilic, ouvert ou non à l'extérieur.

2° diverticule fixé en un autre point de la cavité abdominale ou aux viscères, le plus souvent, au mésentère.

3° diverticule entièrement libre dans l'abdomen.

Cette longue définition semble la meilleure, et s'adapte parfaitement aux différentes modalités anatomiques.

Pour préciser, nous pouvons ajouter que le diverticule possède, en moyenne, une longueur de 5 à 20 centimètres. Son calibre peut, à l'état normal, égaler celui de l'iléon, mais lui est en général inférieur, enfin sa structure rappelle exactement celle de l'intestin grêle sur lequel il s'implante.

Lorsque le diverticule, non ouvert, est fixé, soit à l'ombilic, soit au mésentère ou aux viscères, cette fixation s'opère

grâce à un cordon fibreux, le filum terminale qui représente, soit les vestiges des vaisseaux omplalo-mésentériques, perméables sur une plus ou moins grande étendue, soit, plus rarement, la partie extrême du canal vitellin lui-même.

Le diverticule a une irrigation sanguine pauvre, qui, d'après les recherches de Lardennois et Ockinczyc, s'opère au moyen de l'artère diverticulaire, laquelle est une terminaison de la mésentérique.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Une première question se pose : quelle est la fréquence du diverticule de Meckel ? A cela, bien entendu, on ne peut répondre que par une moyenne assez vague. Schmidt, directeur de l'Institut anatomo-pathologique de Zurich, au cours de recherches faites de 1907 à 1910, a trouvé un diverticule pour 102 hommes, et un pour 214 femmes. Plus récemment Kelinack a noté 18 diverticules pour 1446 sujets, Dœpfner, de Lucerne, un diverticule pour 130 individus, et la Société anatomique de Grande-Bretagne deux diverticules pour cent. En France, Forgue et Riche donnent la statistique suivante : un diverticule pour 70 sujets, et Salva Mercadé a trouvé 7 diverticules au cours de 415 autopsies. Des différentes recherches modernes, il semble qu'on doive s'en tenir aux taux d'environ 2 0/0.

En outre, la diverticulite se rencontre plus fréquemment dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. On a pensé à un moment que le diverticule était en général accompagné de malformations congénitales : bec de lièvre, ectopie

testiculaire, par exemple. En réalité leur coexistence, loin d'être de règle ne se voit au contraire que rarement.

Certes, parmi toutes les affections du diverticule de Meckel, l'occlusion mécanique est la plus fréquente. Mais, comme nous l'avons déjà dit, les observations de diverticulite se sont multipliées ces dernières années. Beaucoup de cas en sont restés ignorés, et ce sont les progrès de la chirurgie abdominale qui nous ont montré que l'inflammation du diverticule était une affection importante avec laquelle le clinicien devait savoir compter.

Hilgenreiner indique que la diverticulite sévit surtout chez les adultes, et, en particulier chez ceux de 30 à 45 ans. Cette opinion ne paraît nullement justifiée. En effet, il semble bien que la diverticulite s'observe surtout dans la jeunesse, et jusqu'aux environs de la vingtième année. Toutefois, elle peut survenir, mais bien plus rarement, chez les adultes de tout âge. La race anglo-saxonne y semble tout particulièrement prédisposée.

Chez le même individu, le diverticule s'enflamme plus aisément que l'appendice iléo-cæcal. Pourquoi ? C'est que le diverticule de Meckel ne possède pas le riche système lymphoïde de l'appendice, il a une irrigation sanguine pauvre ; il est dépourvu de valvules, de plus, il s'ouvre largement dans l'intestin, et peut ainsi participer facilement aux processus inflammatoires dont le tube intestinal est le siège.

Remarquons aussi que cette absence de tout appareil valvulaire permet la pénétration aisée des corps étrangers à l'intérieur du diverticule.

La pathogénie de la diverticulite a été très diversement interprétée.

Au siècle dernier on incriminait : les troubles circulatoires mécaniques, les parasites intestinaux, et surtout les corps étrangers.

Certes, de même que Guiart a montré que l'inflammation de l'appendice iléo-cœcal pouvait être d'origine parasitaire, on a pu également retrouver la même cause dans la genèse de certaines diverticulites. De même des lésions d'ordre mécanique : coudure ou étranglement, par exemple, ont pu faciliter l'inflammation. Il est, enfin, hors de doute, qu'on ait pu trouver dans certains cas des corps étrangers, tels que noyaux de cerises (Denucé), pépins de fruits (Kramer), arêtes de poisson (Blanc), concrétions stercorales (Houston et Beach), et même des calculs biliaires (Hollander). Les corps étrangers amènent une inflammation chronique de la muqueuse, et peuvent devenir de ce chef la cause d'accidents graves. Blanc note, dans les antécédents des sujets atteints de diverticulite, des troubles gastro-intestinaux presque constants ; mais il semble bien qu'ils soient seulement une des manifestations d'un diverticule soumis déjà à des poussées inflammatoires plus ou moins importantes.

En réalité, toutes ces causes ainsi énumérées, ne sont que secondaires : la cause primordiale, celle qui, dans la grande majorité des cas est à la base de toute inflammation du diverticule, c'est l'infection ; et son rôle est encore accru grâce à la disposition congénitale du diverticule.

Les agents de cette infection ne sont encore qu'imparfaitement étudiés. Par ordre de fréquence, il semble que ce soient : le colibacille, les bacilles d'Eberth, les paratyphiques A et B ; le bacille de Koch. Le colibacille est le mi-

croorganisme que l'on rencontre le plus fréquemment dans les diverticulites. Néanmoins le bacille d'Eberth, les paratyphiques A et B sont des agents, assez souvent retrouvés dans les affections du diverticule de Meckel. Les observations de Chauffard, de Galton de Bonnet, de Lendormy ont mis en lumière les lésions typhiques du diverticule, et les travaux de Fitz, d'Antonelli ses lésions tuberculeuses. Dans certaines formes de diverticulite gangréneuse il semble logique d'incriminer l'action des anaérobies, mais des recherches bactériologiques n'ont jamais été faites dans ce sens. On a même songé à l'actinomycose et Hilgenreiner pense que l'observation toute spéciale de diverticulite rapportée par Sprengel-Denecke pourrait être interprétée en faveur de cette mycose.

La voie suivie par l'infection est presque toujours la voie intestinale, et c'est ce qui explique la présence si fréquente des bacilles intestinaux dans les inflammations du diverticule. Toutefois si cette voie est prédominante, elle n'est pas la seule. L'infection peut également se faire par voie sanguine, ou encore par voie péritonéale à la suite de l'inflammation d'un organe voisin : trompe ou appendice, par exemple ; dans ce cas le péritoine s'enflamme, et l'inflammation gagne le péritoine du diverticule, et le diverticule lui-même. Cette dernière forme de propagation de l'infection n'aboutit d'ailleurs pas à des lésions très intenses.

Blanc, dans sa thèse, sous l'impulsion de la théorie fameuse alors de Dieulafoy, avait soutenu énergiquement le rôle de la cavité close dans les lésions inflammatoires du diverticule. Cette théorie semble ici impossible à admettre,

étant donnée la large communication existant entre le diverticule et l'intestin grêle.

De plus, les différentes formes anatomiques du diverticule ne sont pas soumises d'une façon égale à l'action des agents infectieux. Le diverticule fixé à l'ombilic, ouvert ou non, restera presque toujours intact de par sa situation; et l'infection frappe, dans la plupart des cas, le diverticule libre en situation basse.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — *Anatomie pathologique macroscopique*

1° Aspect. — Le diverticule enflammé peut se présenter sous un aspect variable. Il prend la forme d'un champignon, d'un fuseau, d'une poire. On peut parfois le voir coudé sur lui-même, relié par des adhérences aux anses intestinales, à l'épiploon, à la vessie. Il peut, dans certains cas, être étranglé par des brides fibreuses. Sa couleur, dans les diverticulites aiguës, est rouge foncé ou violacée. Par places, il est possible de voir des taches grisâtres qui correspondent à des surfaces amincies des parois, ou des taches noirâtres qui sont la signature de la gangrène.

2° Dimensions. — Les dimensions du diverticule enflammé sont, en général, augmentées. Elles peuvent être celles du pouce, de l'intestin et même beaucoup plus volumineuses, comme dans le cas de Kôrte, où le diverticule atteignait la grosseur d'une poire.

3° **Contenu.** — Le diverticule peut contenir, comme nous l'avons dit, des corps étrangers. Le plus souvent, il renferme un pus crémeux, verdâtre, ou une sérosité louche.

4° **Perforations.** — Les perforations siègent aussi bien à la pointe qu'à la base, ou au niveau des points intermédiaires. Elles sont uniques ou multiples. En général, elles sont ponctiformes, mais peuvent admettre le passage d'un doigt. Leur pourtour, le plus souvent arrondi, est parfois irrégulier et festonné. Ces perforations peuvent s'ouvrir, soit dans la cavité abdominale, limitées par des adhérences ; soit, plus rarement, dans un organe voisin : témoin le cas signalé par Beach, où le diverticule communiquait d'une part avec l'intestin grêle, et de l'autre avec la vessie. Comme le fait remarquer Blanc, dans sa thèse, ces perforations sont dues, en général, à la gangrène. Mais, elles peuvent être le résultat du processus inflammatoire, ayant comme stade intermédiaire : l'ulcération. On a signalé également la gangrène totale du diverticule. *

II. — *Anatomie pathologique microscopique*

Les lésions histologiques du diverticule, au cours des diverticulites aiguës, n'ont pas été étudiées très fréquemment. A l'heure actuelle cependant, on sait parfaitement qu'elles sont semblables à celles que l'on rencontre dans les inflammations de l'appendice iléo-cœcal.

Macaigne et Blanc nous disent : « folliculite, perifolliculite et lymphangite, sont les trois anneaux de cette chaîne anatomo-pathologique » ; et ceci résume parfaite-

ment l'ensemble des lésions microscopiques du diverticule dans les diverticulites aiguës.

Voici, en effet, ce que l'on peut constater en pareil cas : les follicules clos enflammés augmentent considérablement de volume ; les plaques de Peyer sont également hypertrophiées. De nombreuses cellules rondes et des leucocytes s'accumulent dans les espaces périfolliculaires, et peuvent même envahir le chorion. Il y a donc nettement folliculite et péri-folliculite. Puis, du tissu lymphoïde sous-muqueux, l'infection peut gagner les parois de l'organe, et le péritoine, grâce à une véritable lymphangite : lymphangite térébrante de Letulle que l'on rencontre ici, comme dans l'appendicite. La suppuration peut dès lors apparaître, et il est possible de voir se former de petits abcès intra-folliculaires. La muqueuse est alors soit peu altérée, soit détruite de place en place, soit plus rarement entièrement nécrosée. Le chorion est plus ou moins respecté. La muscularis mucosae, quelquefois intacte, présente, en général, des lésions d'importance variable : elle est amincie, ou encore nécrosée en certains points, par suite de l'inflammation profonde. La couche musculaire, hypertrophiée, surtout si le diverticule a déjà subi quelque atteinte, est sillonnée par des lymphatiques enflammés et présente une accumulation de cellules embryonnaires. Cette zone musculaire peut d'ailleurs être envahie par une infiltration purulente. Citons, pour donner l'exemple, l'examen histologique suivant rapporté par Mauclair, dans un cas de diverticulite aiguë :

« L'épithélium de la muqueuse est presque normal. Par places les glandes sont envahies par l'infiltration embryonnaire. Le maximum des lésions est dans la zone folliculaire.

On y trouve des traînées de cellules rondes, envahissant le chorion sous forme de placards. Il y a de la folliculite et de la périfolliculite. Les coupes portant sur le segment adjacent montrant qu'il est aussi atteint de lésions du même ordre, mais atténuées ».

III. — *Lésions concomittantes*

Intestin. — L'intestin peut présenter soit des lésions d'entérite, d'entéro-colite (Picqué, Mercadé), soit d'étranglement (Forgue).

Péritoine. — Quant au péritoine, ses lésions sont exactement les mêmes que dans l'appendicite. Nous ne les décrivons donc pas. Disons simplement qu'au cours des diverticulites, on peut rencontrer l'une ou l'autre de ces formes de péritonite :

Péritonite plastique ; péritonite avec abcès enkysté ; péritonite généralisée ; péritonite septique.

Le plus souvent la perforation du diverticule donne lieu à une péritonite généralisée, et ceci s'explique bien, à cause de la situation du diverticule et de sa large communication avec l'intestin. Cependant il est possible, si le diverticule a déjà subi quelque atteinte, que le péritoine réagisse par la formation de néo-membranes, et que, si la perforation se produit, la péritonite puisse, dès lors, être enkystée.

Appendice. — Comment se comporte l'appendice, au cours des inflammations du diverticule ? Forgue nous dit que l'appendice iléo-cæcal est presque toujours sain. Guibé

pense, au contraire, que les lésions appendiculaires et diverticulaires coexistent la plupart du temps. Des différentes observations jusqu'ici parues, il semble que la coïncidence des deux affections ne soit pas très fréquente. Quand elle existe cependant, nous sommes d'avis, avec Guibé, qu'appendicite et diverticulite peuvent, soit évoluer chacune pour leur propre compte, soit dériver l'une de l'autre, l'inflammation du diverticule étant, en général, la cause primitive.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

La diverticulite aiguë ne présente pas une symptomatologie qui lui soit propre. Sa physionomie clinique n'est pas caractéristique, et elle ne possède aucun signe pathognomonique qui permette de poser un diagnostic de certitude. L'affection est, en général, reconnue au cours de l'intervention, ou bien c'est l'autopsie qui révèle la présence d'un diverticule infecté.

I. — *La diverticulite aiguë*

Etude d'ensemble

La diverticulite aiguë présente essentiellement l'aspect clinique, soit de l'appendicite, soit de l'occlusion intestinale ; et c'est avec ces deux affections qu'on la confond presque toujours. Comme le fait remarquer Walser dans sa thèse, il existe des cas où la diverticulite évolue en deux phases : dans la première ce sont les signes de pseudo-appendicite qui dominent ; dans l'autre, ce sont les signes d'occlusion.

Le début de la diverticulite aiguë est ordinairement brusque, soudain, surprenant les sujets en pleine santé. Parfois cependant, on peut noter dans les antécédents des malades, outre des troubles gastro-intestinaux, des crises violentes simulant des coliques appendiculaires. Dans une des observations que nous rapportons, nous citons justement le cas d'un jeune homme atteint de diverticulite, ayant présenté, auparavant, plusieurs crises abdominales très douloureuses.

La douleur est le premier de tous les symptômes. Elle est très variable dans son intensité et dans sa localisation, siégeant soit dans la fosse iliaque droite, soit dans la région périombilicale, soit même dans la fosse iliaque gauche ou dans l'hypogastre. Elle se généralise rapidement à tout l'abdomen.

Les vomissements surviennent ensuite ; ils font parfois leur apparition d'une façon tardive. Ils sont muqueux, puis bilieux, puis porracés, traduisant la réaction péritonéale, parfois fécaloïdes. D'ailleurs, dans certains cas, ils peuvent être remplacés par un état nauséeux.

Au point de vue local, il existe du ballonnement du ventre et du météorisme. On peut, à la palpation, sentir, outre la résistance de la paroi, une zone d'empâtement ou l'existence d'un plastron abdominal. L'arrêt des matières et des gaz est plus ou moins absolu et résulte du shock réflexe de la partie de l'intestin grêle adjacente au diverticule. Hilgenreiner prétend qu'il peut exister quelques selles sanglantes.

Quelques faits spéciaux, d'ailleurs très inconstants, ont été mis en évidence par plusieurs observations : ainsi le ballonnement du ventre et le météorisme sont parfois très peu accentués ; et l'on peut constater, malgré la douleur,

une souplesse toute particulière de l'abdomen, sans réaction de défense de la paroi, tout au moins dès le début.

La température est élevée. Elle passe durant l'évolution de la maladie par plusieurs phases : élevée au début, elle descend un peu, pour remonter au moment où apparaissent les phénomènes péritonéaux. La fièvre peut faire défaut dans certaines formes septicémiques, où l'on peut voir survenir l'hypothermie.

Les autres signes généraux sont tous bien connus. Ce sont ceux que l'on rencontre au cours des appendicites, des péritonites appendiculaires, de l'occlusion : pouls fréquent pouvant devenir dépressible, irrégulier, incomptable ; altération des traits du visage qui peuvent prendre le type péritonéal, oligurie, etc.

On voit qu'il n'existe aucun signe particulier qui puisse mettre sur la voie du diagnostic exact. Quelques auteurs ont essayé de décrire différents symptômes spéciaux aux diverticulites aiguës. Nous en avons déjà signalé deux chemin faisant ; on peut les résumer ainsi :

1° Localisation spéciale des phénomènes douloureux (région périombilicale, fosse iliaque gauche ; etc.) et leur généralisation rapide à tout l'abdomen.

2° Phénomènes douloureux moins intenses que dans l'appendicite ou l'occlusion.

3° Augmentation des phénomènes douloureux, avec l'intensité des mouvements péristaltiques.

4° Situation de la zone d'empâtement ou du plastron abdominal, quand ils existent, dans les mêmes régions que la douleur.

5° Au début, absence de ballonnement et de météorisme, et, dans la suite, limitation du ballonnement au ventre.

6° Souplesse toute particulière de l'abdomen, avec absence de défense de la paroi.

7° Présence de sang dans les vomissements, et apparition de quelques selles sanglantes.

8° Existence d'une malformation ou d'une anomalie congénitale (bec de lièvre, division congénitale du voile, ectopie).

9° Existence antérieure ou actuelle d'une fistule congénitale de l'ombilic.

Evidemment on peut rencontrer, au cours des diverticulites, un ou plusieurs de ces signes ; mais malheureusement ils font souvent défaut, et aucun d'eux n'est pathognomonique.

II. — *Formes cliniques de la diverticulite aiguë*

On peut distinguer différentes formes cliniques de la diverticulite aiguë. Nous les classerons suivant la prédominance des symptômes et suivant l'évolution de l'affection.

A. — **Formes cliniques suivant la prédominance des symptômes**

1. — *Diverticulite à forme appendicite*

Dans ce cas, la diverticulite simule essentiellement l'appendicite, dans ses différentes formes. L'aspect clinique est le même, et, en pratique, c'est celui que l'on rencontre le plus fréquemment.

Dans la littérature on trouve de nombreuses observations

(Forgue, Picqué, Walther, Beach, Wright ; etc.) de ces cas de diverticulite évoluant sous forme d'appendicite.

2. — *Diverticulite à forme d'occlusion intestinale*

La diverticulite aiguë peut également présenter, mais moins souvent et surtout chez les jeunes, la physionomie clinique de l'occlusion intestinale. Dans cette forme, aucun symptôme particulier ne permet de trancher nettement le diagnostic en faveur de la diverticulite, et un certain nombre d'observations (Gally, Cazin, Prince, Reblaud, Bienvenue, etc.) sont absolument typiques à ce sujet.

B. — **Formes cliniques suivant l'évolution**

1. — *Diverticulite pariétale aiguë*

Elle est rare et presque toujours méconnue. C'est la colique diverticulaire. On note simplement un état nauséeux, ne s'accompagnant pas, en général, de vomissements, de la constipation, de la fièvre, une légère accélération du pouls. Les phénomènes douloureux, plus ou moins intenses, siègent dans les régions dont nous avons parlé. A la palpation la défense musculaire est plus ou moins marquée. C'est une forme cliniquement bénigne, mais les lésions qui se produisent lors de ces atteintes du diverticule, favorisent sa réinfection. Aussi doit-on, dans ces cas, examiner avec soin le malade, pour pouvoir parer au danger des complications en posant la possibilité d'une intervention précoce.

Blanc, dans sa thèse, rapporte un cas de diverticulite pariétale aiguë. Le malade a présenté des douleurs vives de la fosse iliaque droite, de la fièvre, de la constipation, il n'a pas eu de vomissements ; précocement opéré il a parfaitement guéri.

2. — *Diverticulite avec péritonite circonscrite, sans abcès*

Dans cette forme l'état général est plus grave. La température est élevée, le pouls est rapide. Les vomissements sont souvent abondants et persistants ; il y a arrêt des matières et souvent des gaz. L'examen local permet de constater, outre l'hyperesthésie cutanée, la résistance de la paroi et la douleur provoquée, une tuméfaction péridiverticulaire. Cette tuméfaction, en général submate à la percussion, donne ou la sensation d'une masse profonde arrondie, ou, plus souvent, celle d'un plastron situé derrière la paroi abdominale. Le plastron a une situation et des dimensions très variables. Dans les cas heureux, cette tuméfaction péridiverticulaire diminue progressivement, pour disparaître une quinzaine de jours environ après le début de la crise ; d'autres fois elle peut aboutir à la formation d'un abcès enkysté.

L'observation I, que nous rapportons plus loin, présente absolument cet aspect clinique et une évolution progressive vers le refroidissement.

3. — *Diverticulite, avec abcès enkysté*

L'abcès peut se produire sans perforation du diverticule. Quand il est dû à une perforation il est nécessaire que des adhérences aient limité l'inflammation.

Le début peut être brusque ou insidieux. Il est caractérisé par les différents symptômes décrits dans la forme précédente qui subissent une recrudescence lors de la constitution de l'abcès. Localement, on constate une douleur et une défense de la paroi plus intenses. Le plastron abdominal n'a plus la même consistance que dans le cas précédemment étudié : il est plus mou au palper, donnant la sensa-

tion de carton mouillé. On peut voir survenir de l'œdème de la paroi, et de la fluctuation dans les cas où la collection purulente est assez abondante.

Tout cet ensemble apparaît semblable à ce que l'on rencontre dans la forme clinique correspondante de l'appendicite. D'ailleurs, comme dans l'appendicite, l'abcès, de situation différente, peut se refroidir, laissant des adhérences dangereuses ; il peut également s'ouvrir à la peau ou dans un organe voisin. Dans d'autres cas à la péritonite enkystée succède une péritonite généralisée.

Les observations de ce genre ne sont pas très nombreuses, cependant il en existe quelques exemples nets (Forgue, Houston, Kramer, etc.).

4. *Diverticulite avec péritonite généralisée par perforation*

Cette forme présente l'aspect de la péritonite généralisée par perforation appendiculaire. La douleur est le plus souvent brusque, puis se généralise. Le ventre est dur, tendu ; il y a arrêt des matières et des gaz ; les vomissements sont porracés, puis fécaloïdes. Quant aux phénomènes, ils sont particulièrement graves : hyperthermie, pouls rapide, petit, irrégulier, facies péritonéal, teint subictérique. Bref, l'ensemble réalise le tableau clinique bien connu de la péritonite généralisée ; seul, parfois, le foyer initial douloureux est plus ou moins éloigné de la zone appendiculaire.

Dans notre observation II, nous rapportons une forme clinique semblable, et de nombreux cas de ces péritonites généralisées par perforation du diverticule, ont été publiés.

5. — *Diverticulite avec péritonite généralisée secondaire*

Cette péritonite survient au 4^e ou au 5^e jour d'une crise

diverticulaire aiguë qui s'était améliorée sous l'influence du traitement médical. La douleur avait diminué, la défense musculaire était moins nette, et le ventre moins tendu ; la fièvre tombait régulièrement, le pouls était moins rapide. Brusquement la fièvre remonte, le pouls s'accélère à nouveau, la douleur, la contracture et le ballonnement repaissent ; les phénomènes généraux prennent un caractère de grande gravité. La péritonite généralisée secondaire s'est installée. Elle est particulièrement dangereuse, et en général, elle emporte rapidement le malade.

Les observations de ce genre sont rares, car la diverticulite donne le plus souvent lieu à une péritonite généralisée par perforation, néanmoins il en existe quelques-unes, telles celles rapportées par Escher, Piquand, de Bernays, etc.

6. — *Diverticulite avec péritonite septique*

Cette forme peut survenir en dehors de toute perforation du diverticule. Il peut y avoir de la diarrhée, en même temps qu'absence de vomissements et de météorisme. Les phénomènes généraux sont alarmants, marqués par une tendance à l'hypothermie et au collapsus ; le pouls est petit, rapide, incomptable. En un mot, c'est là également l'aspect de la péritonite septique ordinaire ; aucun signe particulier ne révèle d'une façon précise la cause initiale.

Dans la littérature médicale, différents cas de ce genre (Forgue, Bienvenue, etc.), sont cités, et Mauclaire signale le cas de la péritonite septique sans perforation du diverticule.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS

Nous avons déjà signalé et longuement décrit au cours de l'étude clinique de la diverticulite aiguë ses complications habituelles : la *péritonite circonscrite*, la *péritonite enkystée*, la *péritonite généralisée*, soit secondairement, soit par perforation du diverticule.

Il existe aussi une complication fréquente et redoutable : l'*occlusion intestinale*. Celle-ci peut être due à deux causes : ou bien, c'est le diverticule lui-même qui se tord autour d'une anse intestinale ; ou bien ce sont des adhérences péridiverticulaires qui étranglent le grêle. La formation de ces adhérences a une importance capitale, car elle constitue un facteur fréquent de l'occlusion intestinale, à tel point même que l'occlusion peut survenir dès la première crise diverticulaire.

Certains auteurs ont pensé que la diverticulite était secondaire à l'occlusion. C'est là un fait rien moins que démontré, et, avec Picqué et Guillemot, nous pensons que,

dans la grande majorité des cas, la diverticulite est primitive.

A un moment donné, la question s'est posée de savoir si ces adhérences étaient congénitales ou acquises ; Forgue et Riche admettaient qu'elles étaient d'origine congénitale, quand il existait un filum terminale. Mais, nous savons que ces adhérences peuvent se former loin des vestiges omphalo-mésentériques, et, en réalité, elles sont bien le résultat de l'inflammation du diverticule. Concluons donc, en disant, avec Mauclair : « Toute attaque, même légère, de diverticulite, a pour conséquence une réaction péritonéale vive, déterminant la formation d'adhérences et la fixation du diverticule s'il est libre ».

Nous avons déjà signalé *l'appendicite* comme complication d'ailleurs rare de la diverticulite, et nous avons expliqué que l'inflammation appendiculaire était, en général, d'origine péritonéale : le péritoine péri-diverticulaire enflammé amène l'inflammation du péritoine péri-appendiculaire et de l'appendice lui-même.

Enfin disons que nombreuses observations ont signalé l'inflammation du diverticule dans les hernies. Fréquemment, cette forme spéciale de diverticulite aboutit, surtout quand il y a étranglement herniaire, à la gangrène du diverticule, et à la formation d'une fistule stercorale.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la diverticulite présente de très grandes difficultés, et l'on peut dire que jusqu'ici le problème n'a pas été résolu. Comme nous l'avons déjà dit il n'existe aucun symptôme pathognomonique de l'affection dans ses différentes formes ; et les quelques signes particuliers qu'on a voulu décrire manquent dans la plupart des cas, ou sont sans grande valeur clinique.

A l'examen d'un malade atteint de diverticulite aiguë, on pose presque toujours le diagnostic d'appendicite, de péritonite appendiculaire, moins souvent celui d'occlusion intestinale.

Quelques auteurs cependant pensent que certains signes peuvent différencier la diverticulite et l'occlusion :

1° Le relèvement brusque de la main, appuyée sur l'abdomen, produit une douleur plus vive dans la diverticulite que dans l'occlusion ;

2° Dans l'occlusion, la respiration est calme ; dans la diverticulite elle est accélérée et superficielle.

3° Dans l'occlusion il existe un météorisme très prononcé de l'abdomen ; les anses intestinales, animées de nombreux mouvements péristaltiques, se dessinent nettement sous la paroi ; ces signes sont moins accentués dans la diverticulite.

Mais, à la vérité, ces quelques symptômes différentiels ne peuvent faire trancher nettement le diagnostic en faveur de l'une ou l'autre affection.

On a décrit, ces temps derniers, un ulcère peptique du diverticule de Meckel, qui peut, en dehors de toute inflammation diverticulaire, aboutir à la perforation et à la péritonite. L'absence de température, les hémorragies, les douleurs péri-ombilicales, sont autant de signes qui devraient théoriquement faire penser à l'existence d'un ulcus du diverticule. Mais, en pratique, c'est l'intervention seule qui fixe le diagnostic.

L'examen minutieux du malade, ses antécédents, le toucher vaginal et rectal, permettent, dans certains cas, où la douleur a un siège anormal, d'écarter facilement les affections provenant du foie et des voies biliaires, des reins, de l'utérus ou des annexes.

En somme, le diagnostic positif est, pour ainsi dire, impossible. Mais, il faut avoir présente à l'esprit, l'existence du diverticule de Meckel. C'est là un fait des plus importants au cours des affections abdominales, surtout au point de vue de l'institution d'un traitement chirurgical rationnel. Et nous ne pouvons faire mieux que de conclure ce chapitre par les sages conseils de Lejars : « Ce qui serait, en réalité désirable, c'est qu'on pensât plus souvent au diverticule de Meckel, et que l'on fût bien informé de son rôle patholo-

gique, et des formes multiples et nullement exceptionnelles sous lesquelles il le joue. Peut-être réussirait-on, de la sorte, à le dénoncer mieux, à l'examen pré-opératoire ; tout au moins le rechercherait-on plus souvent, et serait-on moins surpris de le découvrir ».

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

D'une façon générale, la diverticulite aiguë comporte un pronostic grave et qui dépend en grande partie de la réaction péritonéale.

La diverticulite, s'accompagnant de péritonite généralisée par perforation, est grave : une opération précoce peut seule sauver le malade à condition qu'elle soit pratiquée dans les premières heures.

La diverticulité avec péritonite généralisée secondairement comporte un pronostic presque toujours fatal, malgré l'intervention rapide.

La diverticulite avec péritonite enkystée a un pronostic moins sévère. Dans nombre de cas le refroidissement s'opère sans complications, et l'intervention n'est pas plus grave que pour l'appendicite.

La diverticulite pariétale aiguë semble plus bénigne au point de vue clinique ; mais elle est presque toujours suivie de complications à plus ou moins brève échéance : réinfection du diverticule ou occlusion. Aussi il importe, dans ces

cas, d'examiner l'abdomen du malade avec un soin particulier, pour pouvoir, par un traitement chirurgical précoce, éviter des complications, parfois redoutables.

En résumé, toute inflammation, même légère, du diverticule, comporte un pronostic sévère à cause de la formation dangereuse des adhérences qui peuvent amener l'occlusion, et surtout de la réaction péritonéale.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Le traitement est uniquement d'ordre chirurgical. Le traitement médical ne saurait être, sauf les cas où l'opération est impossible, que l'auxiliaire de l'intervention.

Comme le conseille Forgue, il faut également pratiquer un traitement prophylactique et, chaque fois qu'au cours d'une intervention abdominale on trouve un diverticule de Meckel, on doit le résequer.

Dans le traitement chirurgical de la diverticulite aiguë, une question capitale se pose : quelle est l'indication opératoire dans les différentes formes de diverticulite ? Pour traiter nettement ce sujet important il est nécessaire de procéder par ordre.

I. — *Diverticulite à forme d'occlusion intestinale*

Dans les cas où la diverticulite simule l'occlusion, il faut intervenir rapidement et enlever le diverticule, car, seule, son ablation fera cesser les signes d'occlusion.

Lorsque des adhérences péridiverticulaires ont causé une occlusion intestinale vraie, il ne faut pas se contenter de lever l'obstacle. Il est de toute nécessité de réséquer le diverticule, car ce dernier, s'il n'était pas enlevé, entraînerait fatalement la formation de nouvelles adhérences.

II. — *Diverticulite à forme d'appendicite*

Au cours du chapitre de l'étude clinique, nous avons vu que la diverticulite aiguë revêt le plus souvent l'aspect de l'appendicite ; et, l'on peut dire que, dans la majorité des cas, c'est avec cette dernière affection qu'on la confond presque toujours.

Dans cette forme le traitement de la diverticulite aiguë doit donc être logiquement le même que celui de l'appendicite aiguë.

Cependant, on connaît les divergences des chirurgiens au point de vue des indications opératoires au cours de l'appendicite. Tous sont d'accord pour opérer sans retard, si l'affection date de 36 à 48 heures. Après ce délai, si une gravité particulière de l'état du malade n'exige pas à tout prix l'ouverture du ventre, beaucoup de chirurgiens, craignant la difficulté et la gravité de l'intervention, préfèrent tenter de faire refroidir la lésion. D'autres interviennent quand même, sans qu'il existât un signe de gravité particulière, et s'il n'y a pas un plastron net, par exemple, indiquant que la localisation du processus s'affirme.

On peut dire que les mêmes règles valent pour la diverticulite ; et beaucoup de chirurgiens, dans cette dernière affection, tendent, comme pour l'appendicite, à intervenir aussi rapidement que possible.

Voici d'ailleurs comme on peut envisager les indications opératoires dans les différents cas.

I. — Le malade est vu au début de la crise

C'est le cas de notre observation III. Une douleur abdominale violente est survenue brusquement, la température est aux environs de 38°5, le pouls est à 90 ou 100. Le facies est grippé, la constipation est opiniâtre, le malade a vomi. Localement, on constate de l'hyperesthésie cutanée, et une défense plus ou moins accentuée de la paroi à la palpation.

Dans ce cas, il est de toute urgence de ne pas s'attarder au traitement médical, *l'intervention immédiate* s'impose.

C'est la période idéale d'intervention et qui s'étend usque vers la 48^e heure après le début des accidents. Il est nécessaire, en présence d'un semblable cas, de ne pas laisser passer ce court délai, car l'opération rapide peut éviter au malade de graves complications, et ne comporte pas plus de risque qu'une intervention à froid.

II. — Le malade est vu plus de 48 heures après le début des accidents et l'on se trouve en présence d'une péritonite circonscrite sans abcès.

Dans ce cas, sous l'influence du traitement médical, la fièvre est descendue, le pouls est moins rapide, la réaction péritonéale, quoique nette encore, est moins vive.

L'intervention immédiate a pu donner, certes, de bons résultats. Mais le diverticule sera englobé dans un paquet d'adhérences, l'opération sera souvent difficile, et,

l'on pourra être dans l'obligation de drainer. Dans ces conditions, la plupart des chirurgiens préfèrent *attendre le refroidissement* de la lésion pour intervenir.

C'est le cas de notre observation I où le malade fut opéré après refroidissement ; l'évolution et les suites opératoires ne donnèrent lieu à aucun fait notable, et le sujet guérit rapidement.

Mais, toutefois, s'il arrive que le traitement médical n'ait amené aucune sédation des phénomènes locaux et généraux ; si la réaction péritonéale reste vive, la fièvre élevée et le pouls rapide, on doit craindre des complications parfois sérieuses au cours du refroidissement. Dans des cas semblables vus par le chirurgien, même le 3^e ou le 4^e jour, *l'intervention rapide* est encore de règle.

III. — Le malade n'est vu que quelques jours après le début des accidents et l'on se trouve en présence d'une péritonite avec abcès enkysté

Dans ces conditions, un plastron existe, mais il semble plus mou à la palpation que dans le cas précédent. D'un autre côté, la constipation subsiste opiniâtre, les phénomènes généraux ne cèdent pas, ou au contraire subissent une recrudescence. Une collection suppurée existe.

Quelle conduite faut-il tenir ? Il semble qu'on doive pratiquer là, comme dans la forme correspondante de l'appendicite, et qu'il faille *agir en deux temps*. Dans un premier temps, on va à la recherche de l'abcès, on l'ouvre, et on draine. Dans un second temps, pratiqué deux mois après environ, on fait la résection du diverticule.

IV. — Il s'agit d'une péritonite généralisée par perforation

Le malade a présenté les symptômes d'une péritonite généralisée par perforation : douleur brusque et violente de l'abdomen ; vomissements abondants ; température élevée ou tendance à l'hypothermie ; pouls petit, rapide ; ventre ballonné, tendu, rigide ; facies péritonéal.

A. — *Le malade est vu dans les 12 premières heures :*

Dans ce cas, il faut *intervenir immédiatement*.

L'opération doit être rapide : diverticulectomie, enfouissement du moignon, et drainage s'il y a lieu. Après l'intervention on pratique un goutte à goutte rectal, et on soutient le cœur.

Ainsi de nombreux malades opérés dans les 12 premières heures, pourront être sauvés, tout comme dans la forme correspondante de l'appendicite.

Nous pouvons citer ici le cas de Bernays, où le malade atteint de péritonite généralisée par perforation du diverticule et opéré rapidement, a parfaitement guéri.

B. — *Le malade n'est vu qu'après les 12 premières heures.*

Alors cette péritonite généralisée revêt un caractère d'extrême gravité. La paralysie vient encore augmenter le danger. *La diverticulectomie* peut donner quelques succès, mais en général l'intervention ne peut plus rien et le pronostic est fatal.

Les observations sont nombreuses de ces interventions faites au cours de péritonite généralisée par perforation du diverticule et qui n'ont pu sauver le malade. (Wright, Maucelaire, Boinet, Forgue, etc.)

**V. — Il s'agit d'une péritonite généralisée
secondaire**

Le malade a présenté une diverticulite aiguë grave. Celle-ci s'est nettement calmée sous l'influence du traitement médical.

Puis, soudain, vers le 4^e ou le 5^e jour, la température remonte, le pouls redevient rapide et petit, les vomissements reparaissent, le ventre est de nouveau ballonné, tendu, douloureux. C'est la péritonite généralisée secondaire qui s'installe. Elle est extrêmement grave.

L'intervention rapide, dans ces cas désespérés, reste le seul moyen à tenter. On peut, comme au cours de la péritonite généralisée secondaire d'origine appendiculaire, tenter : soit la résection du diverticule en pratiquant une hémotase rigoureuse et souvent difficile, soit un tamponnement à la gaze qui a d'ailleurs le désavantage de faciliter l'occlusion, soit l'entérostomie.

Cependant toutes ces diverses tentatives restent vaines dans la grande majorité des cas, car ces péritonites généralisées secondaires sont d'une gravité exceptionnelle. Les différentes observations (Escher, Piquand, etc.) sont nettes à ce sujet.

Ainsi on voit combien il est important de déceler par l'examen minutieux du malade, une crise de diverticulite aiguë de façon à imposer dans les premières heures l'opération qui, ainsi pratiquée dès le début, est sans danger, et permet d'écarter des complications graves.

Toutefois s'il est nécessaire d'intervenir aussi rapidement que possible, il semble, comme nous avons tenté de le faire, que des distinctions s'imposent, et qu'à chaque cas particulier de diverticulite, correspond une indication opératoire précise.

Enfin, il peut arriver qu'une péritonite, ayant amené le chirurgien à intervenir, sa cause, après examen de l'appendice, du duodénum, de l'estomac, de la vésicule, ne peut-être trouvée. Il faut alors songer au diverticule de Meckel, et l'on doit, à cet effet, explorer une partie de l'intestin à partir du cœcum.

CHAPITRE X

OBSERVATIONS

Nous ne rapporterons pas ici les diverses observations de diverticulite aiguë ; on peut en trouver un grand nombre dans les travaux de Forgue et Riche, Cahier, Mercadé, etc., et dans certaines thèses, comme celles de Blanc et de Bienvenue. Nous citerons seulement nos observations personnelles, et celle communiquée par le docteur Guillaume-Louis.

Obs. I (*personnelle*) (prise à l'hôpital de Neusatz). — J. B , 20 ans, rentre à l'hôpital pour appendicite. Rien à signaler de particulier dans les antécédents du malade si ce n'est plusieurs crises abdominales douloureuses, siégeant dans tout l'abdomen, simulant des coliques très violentes. Ces crises sont passagères, calmées par le repos.

A l'état normal, le malade présente une tendance à la constipation.

Le 27 février, le malade est pris brusquement, d'une violente douleur, siégeant dans la fosse iliaque droite, au dessous et à droite du point de Mac Burney. Puis surviennent quelques vomissements bilieux, et un arrêt complet des matières. La température se maintient aux environs de 38°8. Le pouls est rapide, oscillant de 100 à 110, bien frappé.

Le 28 février, même état. Les vomissements persistent, mais moins nombreux. La constipation continue. La température est à 38°5. Le pouls est aux environs de 95, bien frappé.

Le 1^{er} mars, le malade rentre à l'hôpital. A ce moment il présente encore une douleur assez vive de la fosse iliaque droite. Le ventre est tendu, peu ballonné, présentant de l'hyperesthésie cutanée au niveau de la région douloureuse. La défense musculaire n'est pas nettement accusée. A la palpation, on sent, au niveau de la zone douloureuse, un plastron qui déborde de 2 travers de doigt à gauche la ligne médiane.

Les vomissements ont cessé depuis le milieu de la nuit, mais il subsiste un état nauséux pénible. La constipation continue. La température est tombée à 37°8. Le pouls est à 89, bien frappé. Le visage est pâle et fatigué, mais le facies n'a nullement le type péritonéal.

L'état général satisfaisant engage à attendre. Dans les jours suivants, l'état nauséux disparaît, la constipation diminue, le pouls est aux environs de 75, la température est tombée à 37°3. Il subsiste quelques douleurs sourdes dans la fosse iliaque, et le plastron abdominal est net. Tout semble rentrer dans l'ordre et on conclut à une appendicite en voie de refroidissement.

On suit alors le malade avec attention. Tous les phénomènes généraux disparaissent, et l'état général du malade est satisfaisant. La palpation reste un peu douloureuse au dessous du point de Mac Burney ; mais le plastron a diminué.

Le 12 avril on constate que le plastron a presque totalement disparu, et que la palpation est presque indolore. Quant à l'état général du malade, il est excellent.

Le 21 avril, intervention. Incision sur le bord externe du grand droit. On tombe sur un paquet d'adhérences. Les anses grêles adhèrent intimement entre elles à ce niveau. Au milieu de la masse on aperçoit un cordon arrondi, court, du volume du grêle. En dehors on trouve facilement l'appendice qui est sain. Ce cordon est un diverticule de Meckel enflammé.

Résection du diverticule. Enfouissement du moignon. Réunion sans drainage. Guérison.

Le diverticule de Meckel ainsi enlevé était environ à 40 centimètres du cœcum. Sa longueur était de 10 centimètres et son volume égalait celui du grêle. Il était épais, de consistance fibreuse. Sa lumière intérieure était très étroite. Ses parois, de couleur rouge foncé, présentaient à deux travers de doigt environ, au dessus de la pointe, une surface de 2 à 3 centimètres de diamètre, qui semblait légèrement amincie et de couleur plus foncée. Il ne contenait ni pus, ni corps étrangers. L'examen histologique n'a pu être fait.

Obs. II. (personnelle). — R. R., 22 ans.

A part fièvre typhoïde à 15 ans, rien de particulier dans les antécédents.

Le 4 juillet, douleurs sourdes au-dessous et un peu à droite de l'ombilic, les douleurs n'arrêtent pas le malade

Le 6 juillet, brusquement, les douleurs de la région sous-ombilicale deviennent extrêmement violentes, et se généralisent à tout l'abdomen. Apparition de vomissements bilieux, puis porracés. Température à 38°7.

Le malade rentre dans la nuit du 6 au 7 juillet à l'hôpital. Les douleurs abdominales sont extrêmement vives. Arrêt complet des matières et des gaz. Le ventre est ballonné, dur, tendu, très sensible, surtout au-dessous et à droite de l'ombilic. Température à 38°2. Pouls filiforme incomptable. Facies grippé, yeux excavés, nez pincé, teint légèrement subictérique.

Quelques instants après le pouls n'est plus perceptible, le malade tombe dans le collapsus et meurt.

A l'autopsie, péritonite généralisée. Le péritoine contient environ un litre de séro-pus.

On trouve, au milieu d'un paquet d'adhérences, à environ 60 centimètres du cœcum, un diverticule de Meckel, en forme de fuseau, long de 12 centimètres, de la grosseur du grêle environ. A cinq centimètres environ de sa pointe, on trouve une petite

plaque brunâtre, présentant en son centre une perforation d'un diamètre égal à celui d'une lentille, et s'ouvrant dans le péritoine. Ce diverticule a des parois épaisses. Sa lumière est perméable et contient un peu de pus.

L'appendice est sain.

Obs. III. (communiquée par le docteur Guillaume Louis, chirurgien en chef à l'hôpital général de Tours).

B. D..., instituteur, arrive à la maison de santé Velpeau le 20 septembre 1920.

La veille il a été pris brutalement d'une douleur violente dans la région ombilicale, et il a été obligé de cesser tout travail et de se coucher. Immédiatement sont survenus des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Le ventre est ballonné, et il n'y a aucune émission du gaz par l'anus.

On fait le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë, et on envoie le malade à la clinique Velpeau pour y être opéré.

Dans les antécédents, rien de notable. A peine quelques troubles digestifs, consistant en inappétence, langue saburrale et constipation.

Au moment de l'examen, les troubles fonctionnels du début se sont accentués. La douleur prédomine à la région ombilicale, avec quelques irradiations dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont exagérées par le moindre mouvement, et sont à peine calmées par le repos.

Les vomissements persistent noirâtres.

Le pouls est rapide, mais bien frappé. La température est à 38°5. Le facies est grippé. Le ventre est ballonné, et la paroi se défend dès qu'on essaie de la palper. Il n'y a eu aucune émission de gaz par l'anus.

On fait le diagnostic de péritonite par perforation appendiculaire à cause de la brutalité du début, et on décide d'intervenir aussitôt.

Opération :

Laparotomie médiane, afin de mieux explorer tout le ventre.

On trouve un liquide louche dans la cavité abdominale et des anses grêles dilatées et agglutinées conduisent vers la fosse iliaque droite. Là, à environ 50 centimètres de la fin du grêle, on trouve un long diverticule enroulé. Ce diverticule est adhérent à la paroi intestinale et est très enflammé. Section et ablation de ce diverticule. Appendicectomie rapide. Ethérisation des anses grêles et de la cavité abdominale. Réunion sans drainage.

Les suites opératoires ne furent marquées par aucun incident particulier. La température reste pendant trois jours aux environs de 38°, mais le pouls était bien frappé. Les gaz étaient émis spontanément dès le lendemain de l'intervention. Le ventre devient souple.

Le 9^e jour on enlève les agrafes. Le malade rentre chez lui le 10 octobre. Il est guéri.

CONCLUSIONS

De cette étude nous concluons :

1° Que le vrai diverticule de Meckel, résultat de l'involution anormale du canal omphalo-mésentérique, se trouve environ, chez 2 0/0 des individus, et plus souvent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

2° Que la diverticulite aiguë est une affection relativement assez fréquente, et qu'elle reconnaît, comme cause primordiale, l'infection dont l'agent principal est le colibacille.

3° Que les lésions du diverticule, dans les diverticulites, sont les mêmes que celles de l'appendice dans l'appendicite, folliculite, périfolliculite et lymphangite, étant « les trois anneaux de la chaîne anatomo-pathologique ». Ces lésions peuvent aller jusqu'à la gangrène et à la perforation du diverticule. Les lésions péritonéales sont les mêmes que dans l'appendicite.

4° Que la diverticulite n'a pas de physionomie clinique particulière, et qu'elle simule soit l'occlusion, soit surtout l'appendicite, présentant au cours de son évolution plusieurs formes cliniques, variant avec l'importance des lésions du diverticule et du péritoine.

5° Que le diagnostic de la diverticulite est, en général, impossible, et qu'aucun symptôme pathognomonique ne permet de poser un diagnostic de certitude. Toutefois, il faut savoir penser au diverticule de Meckel au cours des affections abdominales.

6° Que les complications les plus fréquentes de la diverticulite sont : la péritonite enkystée, la péritonite généralisée par perforation ou secondairement, et la formation d'adhérences qui peuvent entraîner l'occlusion.

7° Que le pronostic de la diverticulite est toujours grave, car la diverticulite aiguë donne souvent lieu à une péritonite généralisée, et parce que toute atteinte même légère du diverticule amène la formation d'adhérences dangereuses et favorise sa réinfection.

8° Que le traitement est uniquement chirurgical, et qu'il doit être aussi précoce que possible, pour éviter des complications redoutables. Mais, néanmoins, des distinctions nettes doivent être établies, à ce sujet, entre les différentes formes de diverticulite, et à chaque cas particulier correspond une indication opératoire formelle, comme nous l'avons décrit au chapitre du traitement.



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
Pierre DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER. — Zür Pathologie des Meckel'schen divertikels. (*Berl. Klin. Woch.*, 1914).

ANTONELLI. — Chirurgia dei diverticoli intestinali. (*Revista Veneta di scienze mediche*, 1902-03).

AUGIER. — *Thèse de Paris*, 1888.

BENDENDI. — Contributo alla pathologia del diverticule di Meckel. (*Riforma Medica Roma*, 1903).

BEER. — Some pathological and clinical aspect of the acquired (falæ) diverticule of the intestines. (*Am. J. M. Sc. Phila and N. Y.*, 1904).

BIENVENUE. — Obstruction et diverticulite, (*Thèse de Paris*, 1911-12).

BLANC. — Contribution à l'étude de la pathologie du diverticule de Meckel. (*Thèse de Paris*, 1898-99).

CAHIER. — L'Inflammation des diverticules intestinaux ou diverticulites (*Revue de chirurgie*, 1906).

CAZIN. — Etude anat. et path. sur les diverticules de l'intestin. (*Thèse de Paris*, 1862).

DUJARIER. — Un cas de diverticule de Meckel avec sphacèle de l'intestin (*Bull. et mém. société chirurgie*, Paris, 1919).

FAYOLLET. — Les gangrènes du diverticule. (*Thèse de Paris*, 1908-09).

FORGUE et VINCENT RICHE. — Le diverticule de Meckel, 1907.

GUIBÉ. — Diverticulite et appendicite. (*Presse Médicale*, 1913).

HILGENREINER. — Perforation infectieuse du diverticule. (*Beitr. f. Klin. chir.*, 1903).

KIRMISSON. — Sur quelques traits de l'histoire clinique du diverticule de Meckel. (*Bull. acad. méd. Paris*, 1916).

LEJARS. — Les diverticulites chroniques d'emblée. (*Semaine médicale*, Paris, 1911).

MAKINS. — Perforations multiples d'un diverticule. (*Trans. Path. Soc. London*, 1892).

MAUCLAIRE. — Diverticulite de Meckel avec péritonite généralisée. (*Bull. et mém. soc. anat. Paris*, 1903).

MAUCLAIRÉ. — Perforation d'un diverticule de Meckel. (*Archives gén. de chir.*, 1909).

MEGEVANT et DUNAUT. — Ulcère peptique du diverticule. (*Revue de chirurgie*, 1922).

MERCADÉ SALVA. — Les diverticulites (*Revue de gynéc. Paris*, 1907).

NEUPERT. — Zur Pathologie der Darmdivertikel. (*Arch. f. Klin. chir.*, Berlin, 1908).

NEUF AGRÉGÉS. — Précis de Pathologie externe, 1920.

PENHALLOW. — Report of a case of acute diverticulitis, 1920.

PICQUÉ et GUILLEMOT. — Congrès français de Chirurgie, 1897.

VIANNAY. — Un cas de diverticulite de Meckel. (*Arch. gen. de chir. Paris*, 1908).

WALSER. — La diverticulite. (*Thèse Nancy*, 1912).



Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC
